International Journal of Scientific Pediatrics
published: 15 November 2022
doi.org/10.56121/2181-2926-2022-7-16-20

Article

PECULIARITIES OF EARLY NEONATAL ADAPTATION OF PREMATURE INFANTS SURGICALLY REMOVED FROM MOTHERS WITH SEVERE PREECLAMPSIA

Yuldasheva G.G.[1]

1. Assistant of the Department of Pediatrics, Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

Abstract: The review presents the features of the clinical course of early neonatal adaptation of premature infants depending on the method of delivery of pregnant women with severe preeclampsia. A more favorable course of neonatal adaptation of premature babies from mothers with preeclampsia extracted by caesarean section has been established. A decrease in the incidence of RDS syndrome, morbidity and mortality in premature infants extracted surgically with preeclampsia has been proven.

Key words: caesarean section, preeclampsia. premature birth, low birth weight babies.

OPEN ACCESS
IJSP

Academic Editor: Arzikulov A. Professor, Andijan State Medical Institute

Received: 05 November 2022
Accepted: 12 November 2022
Published: 15 November 2022

Актуальность. Преэклампсия представляет собой большую угрозу для жизни плода. Несмотря на успехи последних лет, единственным действительно эффективным методом лечения тяжелой преэклампсии считается родоразрешение. Преэклампсия тяжелой степени в нашей стране осложняет течение от 19,2 до 22,9% всех беременностей, при этом частота оперативного родоразрешения увеличивается в разы и составляет около 50% по данным учреждений третичного уровня.

В современной акушерстве выбор адекватных методов родоразрешения при недоношенной беременности имеет большую актуальность. Частым серьезным последствием родов для недоношенного ребенка является родовая травма, которая при преждевременных родах встречается в 7 раз чаще, чем при своевременных. Только 25% беременных в сроки 28—37 недель гестации родоразрешаются через естественные родовые пути. Это, как правило, преждевременные роды, неосложненные серьезной экстрагенитальной или акушерской патологией. В 75% случаев беременность в указанные сроки завершается экстренным или плановым кесаревым сечением. Наиболее частыми показаниями к оперативным родам при недоношенной беременности является преэклампсия тяжелой степени.

Кесарево сечения является более щадящим методом родоразрешения для недоношенного плода от осложненной беременности, отмечается снижение частоты внутрижелудочковых кровоизлияний III–IV степени по сравнению с частотой их развития при родоразрешении через естественные родовые пути, особенно на сроках менее 34 недели. Проведение оперативного родоразрешения по относительным показаниям, в первую очередь в интересах плода, снижает частоту внутрижелудочковых кровоизлияний III–IV степени по сравнению с частотой их развития при родоразрешении через естественные родовые пути. Смертность недоношенных детей в сроки гестации 25–32 недель при кесаревом сечении в общей сложности составила 17,1%, а при родах через естественные родовые пути — 41,3%.

Цель исследования: Изучение особенностей течения ранней неонатальной адаптации недоношенных детей при абдоминальном родоразрешении беременных с тяжелой преэклампсией.

Материалы и методы. Проведено анализ результатов проспективного клинического обследования 40 новорожденных родившихся

от матерей с тяжелой преэклампсией, родоразрешенных путем кесарева сечения в сроках 22-37 недель (основная группа) и 40 новорожденных родившихся от матерей с тяжелой преэклампсией, родившихся через естественные родовые пути в сроках 22-37 недель (контрольная группа). Критерии включения: беременность в сроках 22-37 недель с преэклампсией тяжелой степени; один плод; отсутствие сопутствующей соматической патологии.

Критерии преэклампсии тяжелой степени: диастолическое артериальное давление ≥110 мм рт.ст. и тест-полоска на протеинурию 1 «+» и более или значительная протеинурия (>0,3 г/сут); либо повышение диастолического артериального давления >90 мм рт.ст. и тест-полоска на протеинурию 1 «+» и более или значительная протеинурия (>0,3 г/сут); и/или один или более из перечисленных симптомов – упорная, сильная головная боль; упорная тошнота и/или рвота; боли в эпигастральной области; генерализованные или быстро нарастающие отеки. Кесарево сечение проводилось по акушерским плановым и экстренным показаниям.

Критерии исключения: многоплодная беременность; врожденный порок развития плода; неонатальный родовой травматизм; сопутствующая соматическая патология различного генеза; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, анурия.

Результаты и их обсуждение. В 1- контрльную группу (основная) составили всего 40 недоношенных детей от матерей с преэклампсией, из них 14 (35%) недоношенных детей родившихся в сроке 22-28 недель, 28 (70%) недоношенные недоношенных детей родившихся в сроке 28-34 недель и 8(20%) новорожденных детей извлеченные путем кесарево сечения в сроке 35-37 недель.

В 2-контрольную группу (контрольная) вошли всего 40 недоношенных детей от матерей с преэклампсией, из них 5 (12,5%) недоношенных детей родившихся в сроке 22-28 недель, 7 (17,5%) недоношенные недоношенных детей родившихся в сроке 28-34 недель и 28 (70%) новорожденных родившиеся через естественные родовые пути в сроке 35-37 недель.

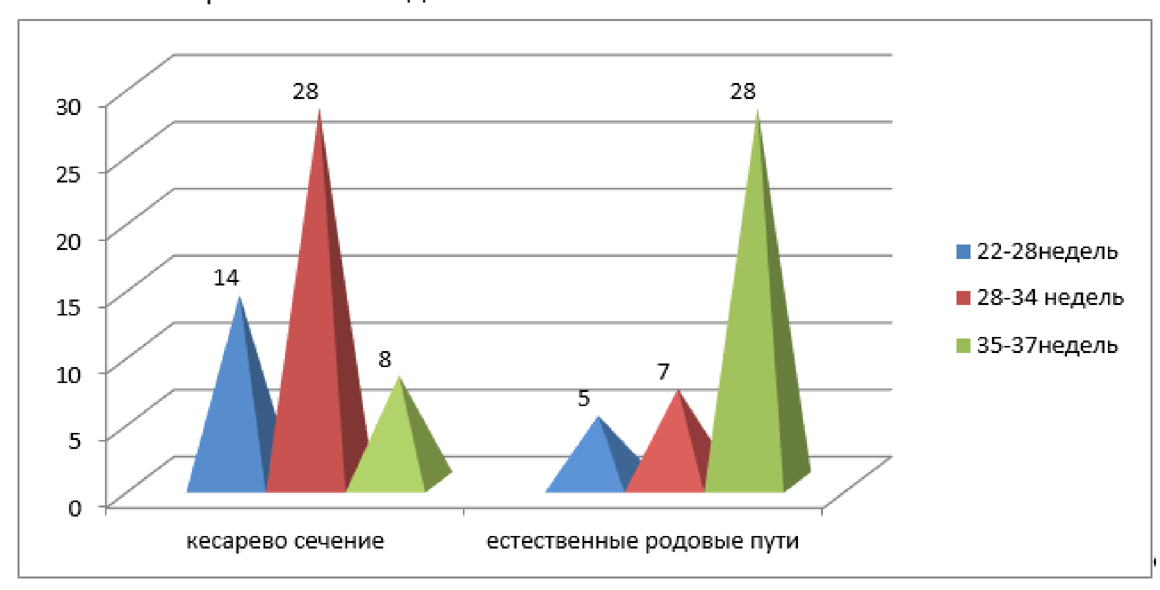
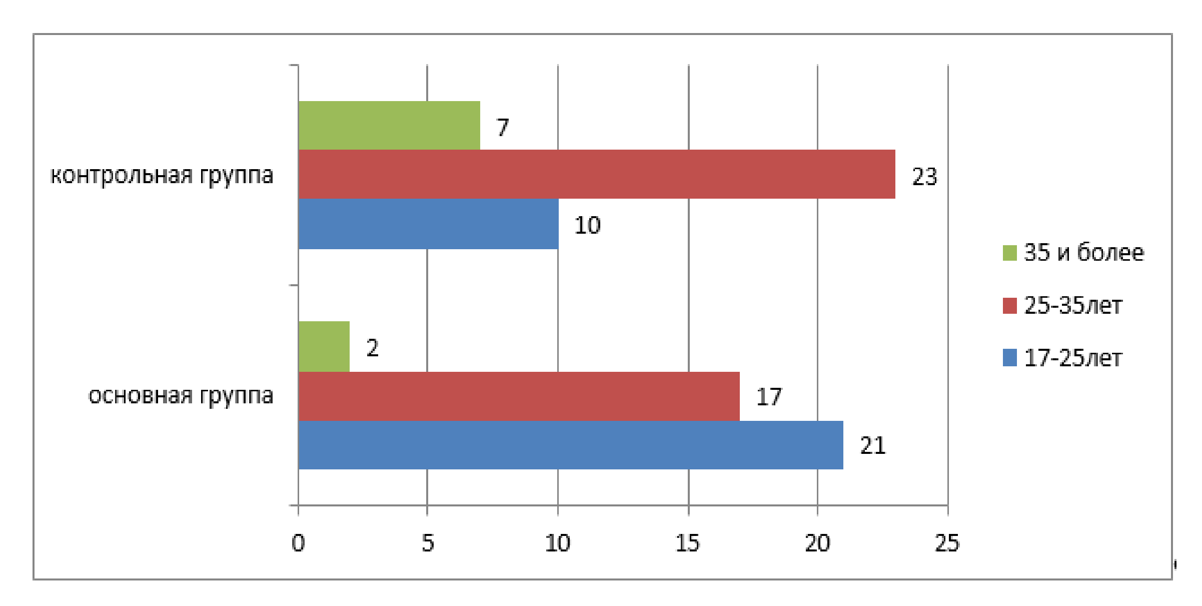


Рисунок 1. Сроки гестации при кесарево сечении и при родах через естественных родовыхе путях.

В основной группе находились беременные женщины в возрас-

те 17-25 лет -21 (52,5%) и 25-35 лет- 17 (42,5%) и более 35лет-2 (5%). В контрольной группе превалировали беременные в возрасте от 25-35 лет, что составили 54%.



Интерес был факт учета паритета, установлено учащение случаев первой-38,6%, второй-30,7% и третьей беременности-18,2% в основной группе.

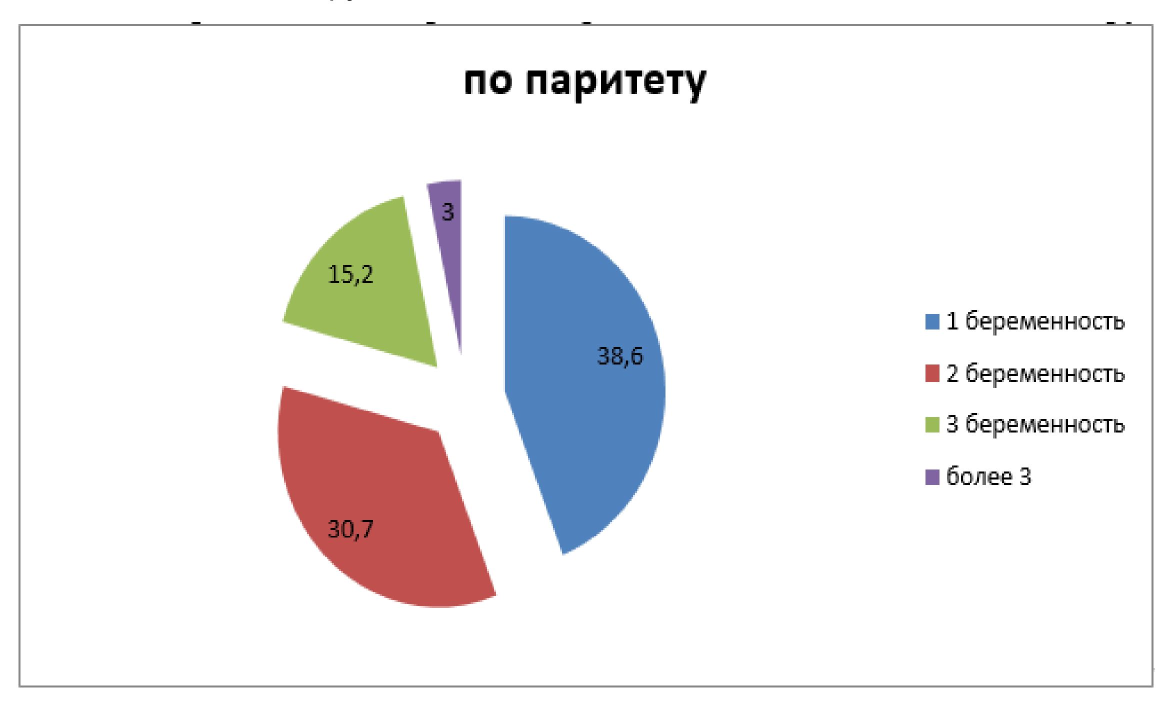


Рисунок 2. Встречаемость родов по паритету в основной группе.

В контрольной группе наибольшее количество составили преждевременные роды осложнившиеся преэклампсией от 3 беременности.

Нозологическая структура перинатальной заболеваемости недоношенных детей, родившиеся от матери с преэклампсией показала преобладние СДР в обеих исследуемых группах: 1-группе -15, в 2-группе-21 случаев.

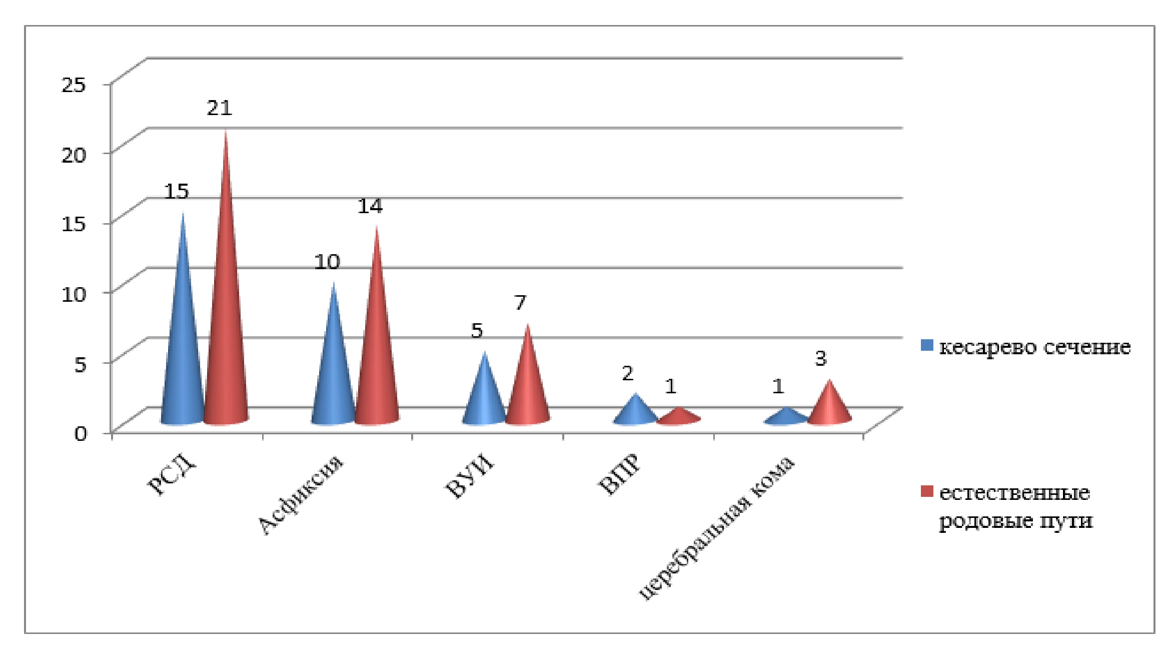
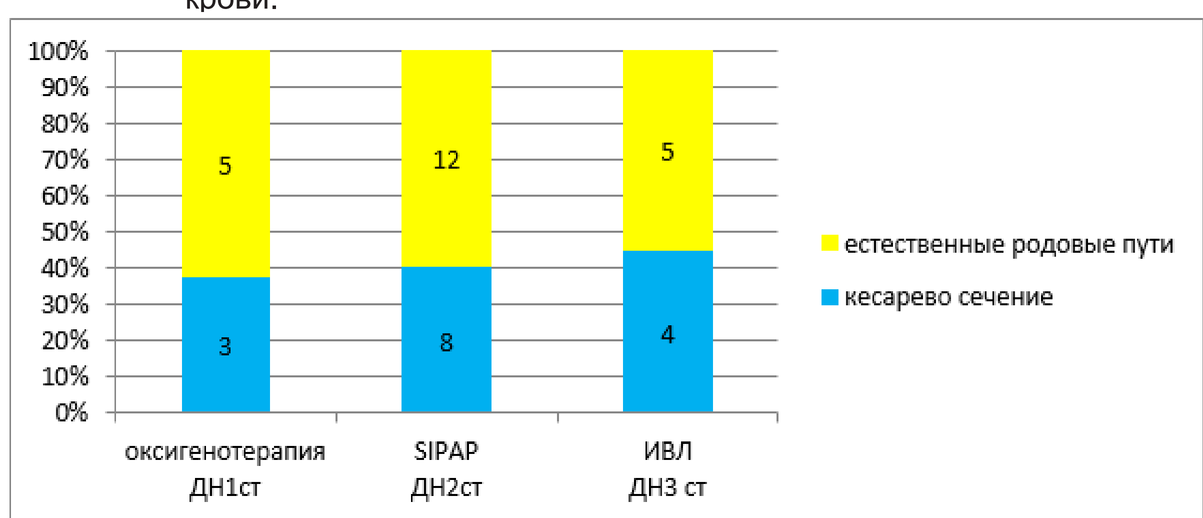


Рисунок 3. Нозологическая структура заболеваемости.

Оценка состояния дыхания проведено по шкале Сильвермана. В 1-основной группе дыхательное нарушение 1 степени наблюдалось у 3-х недоношенных, 2 степени-8 недоношенных и у 4–х наблюдалось дыхательная недоношенность 3 степени , которые подключены к аппарату ИВЛ. Недоношенным детям с дыхательными нарушениями 2 степени проведено респираторная терапия с помощью аппарата SIPAP, которые через 3 суток после стабилизации состояния переведены в отделение патологии новорожденных. Из 4 интубированных новорожденных у 1-го новорожденного состояние осложнилось ДВС синдромом, умер через 44 часов жизни. Остальные 3-е недоношенные экстубированы на 4-6 сутки жизни и переведены в отделение патологии новорожденных.

Во 2 контрольной группе дыхательное нарушение 1 степени встречалось у 5 новорожденных, 2- степени у 12 недоношенных , 3- степени- у 5 недоношенных. Все новорожденные с тяжелым нарушением дыхания подключены к аппарату ИВЛ, 3-е недоношенные экстубированы на 5-е сутки, 1 переведен к аппарату SIPAP на 6-е сутки. 1 –недоношенный ребенок умер на 8-е сутки жизни. Всем недоношенным детям с дыхательными нарушениями 1- степени проведено оксигенотерапия через назальный катетер под контролем сатурации крови.



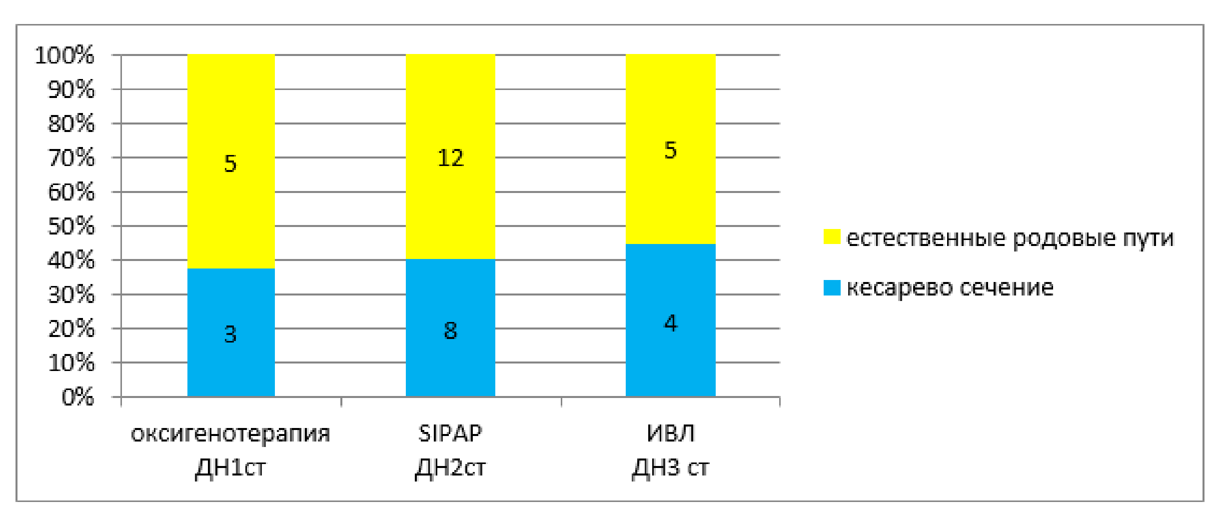


Рисунок 4. Респираторная терапия при дыхательных нарушениях.

Заключение. Недоношенные дети, извлеченные путем операции кесарева сечения от матерей с преэклампсией, имели относительно лучшие клинические показатели по сравнению с детьми, родившимися через естественные родовые пути. Оптимизация абдоминального родоразрешения при преэклапсиях будет способствовать улучшению исходов преждевременных родов, снижению младенческой смертности и заболеваемости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кинжалова С.В., Макаров Р.А., Давыдова Н.С., Бычкова С.В.,Пестряева Л.А. Перинатальные исходы при абдоминальном родоразрешении беременных с тяжелой преэклампсией в условиях общей и спинальной анестезии. Анестезиология и реаниматология 2018; 5: 36–43. DOI: 10.17116/anaesthesiology201805136

2. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization; 2018; 79. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en (Ссылка активна на 20.03.2020.)

3. Багомедов Р.Г., Омарова Х.М. Состояние плода и новорожденного при операции кесарева сечения у беременных с тяжелой преэклампсией при использовании различных методов анестезии. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2015; 60(6): 38–41.

4. Бирюков А.Н., Климов А.Г., Ершов Е.Н., Пащенко О.В. Влияние вариантов индукции общей анестезии при плановом абдоминальном родоразрешении на состояние новорожденных. Медицинский вестник Юга России 2019;10(3): 18–23.

5. Yuldasheva Gulnoz Giyasovna, Bakhranova Nasiba Ramazanovna, & Baratov Sunnat Samiyevich. (2021). Statistical analysis of the structure of the birth rate of underweight children in the bukhara region. Art of Medicine International Medical Scientific Journal, Volume-1(Issue-2), 73–81. https://doi.org/10.5281/zenodo.5155178

6. Бахранова Н.Р., & Юлдашева Г.Г.(2021). Патогенетические Аспекты Коронавирусной Инфекции У Беременных. Central asian journal of medical and natural sciences, 64-69. https://doi.org/10.47494/cajmns.vi0.351.

7. Узунова А.Н. Онищенко Н.А. Анализ причин перинатального риска и структура патологии у недоношенных детей Челябинска, рожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Рос вестн перинатол и педиатр 2019; 64:(3): 92–98